Aus der Medizinischen Poliklinik. (Vorstand: Prof. Dr. Müller.)

Die Säuglings-Sterblichkeit der Tübinger Poliklinik

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium von

Prof. Dr. Ernst v. Romberg

o. ö. Prof. der Medizin, Vorstand der Medizinischen Klinik zu Tübingen

der

hohen Med. Fakultät der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

vorgelegt von

Wilhelm Bulach

aus Pfullingen.

STUTTGART 1911.

Aus der Medizinischen Poliklinik. (Vorstand: Prof. Dr. Müller.)

Die Säuglings-Sterblichkeit der Tübinger Poliklinik

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium von

Prof. Dr. Ernst v. Romberg

o. ö. Prof. der Medizin, Vorstand der Medizinischen Klinik zu Tübingen

der

hohen Med. Fakultät der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

vorgelegt von

Wilhelm Bulach

aus Pfullingen.

STUTTGART 1911.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Tübingen.

Referent: Prof. Dr. v. Romberg.

Druck von Carl Grüninger, K. Hofbuchdruckerei Zu Gutenberg, Stuttgart.

Die Zahlen der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder sind trotz aller Bemühungen bei uns in Deutschland noch immer recht hoch. So ergibt sich nach dem Statistischen Jahrbuch des Deutschen Reiches im Jahre 1908 eine Säuglingsmortalität von 17,6 % für ganz Deutschland; nach dem Statistischen Handbuch des Königreichs Württemberg beträgt die entsprechende Zahl im gleichen Jahre für unser Land 18,36 %. Im Schwarzwaldkreis, dem Tübingen angehört, starben in diesem Jahre von 100 Neugeborenen 17,9 im ersten Lebensjahre. Immerhin ist aber im Laufe der Jahre fast allerorten die Säuglingssterblichkeit deutlich zurückgegangen. So hatte Württemberg im Durchschnitt der Jahre 1846—1856 eine Säuglingssterblichkeit von 34,8 %; im Durchschnitt der Jahre 1891—1900 aber betrug die Zahl nur noch 24,3 %, im Jahre 1908 ist diese Zahl dann auf 18,36 % gesunken. Dabei ist zu bemerken, dass z. B. im Schwarzwaldkreise eine allgemeine organisierte Säuglingsfürsorge nicht besteht, so dass die obengenannte beträchtliche Verringerung wohl auf Kosten der steigenden Kultur und der Hebung des allgemeinen Wohlstandes zu setzen ist.

Eine weiter gehende Reduktion der Säuglingssterblichkeit hat sich in einigen Grossstädten durchführen lassen, in denen der Kampf gegen das Kindersterben hinreichend organisiert werden konnte. So starben im Jahre 1909 z. B. in Dresden nur 13,9 % der Kinder im ersten Lebensjahre und in Darmstadt konnte die Zahl neuerdings bis auf 9,3 % heruntergedrückt werden.

Sieht man sich nach den Mitteln um, durch welche solche günstigen allgemeinen Resultate erzielt werden, so ergibt sich, dass die Errichtung von Säuglingsheimen und Kinder-

krankenhäusern unter ihnen nicht obenan steht. Selbstverständlich werden in den einzelnen Säuglingsheimen viel bessere spezielle Resultate erzielt als die eben erwähnten, da aber diese Anstalten naturgemäss nur einer geringen Minderzahl von Kindern zugute kommen können, so bleibt ihr Einfluss auf die allgemeine Zahl immer nur gering.

Mehr hätte man sich für die Allgemeinheit von der Institution der Milchküchen und Stillprämien versprechen sollen; die Stillprämien haben aber im allgemeinen auch nicht das gehalten, was sie zu versprechen schienen. Erst letzthin hat Uffenheimer[1] im Einklang mit den meisten früheren Beobachtern wieder darauf hingewiesen, dass die Stillprämien in überwiegendem Masse von Mehrgebärenden in Anspruch genommen werden, welche auch früher schon gestillt haben und aller Wahrscheinlichkeit nach im konkreten Falle auch ohne die Prämie wieder gestillt hätten. Es liegt ja auch auf der Hand, dass Mütter, welche auf ihrer Hände Arbeit angewiesen sind, nicht für einen Ersatz von 2—3 ℳ pro Woche auf den für ihren Unterhalt notwendigen Verdienst verzichten können. So versagen die Stillprämien gerade da, wo sie am wichtigsten wären, nämlich bei der ganz armen Bevölkerung, und kommen denen zugute, welche ihrer nicht so unbedingt bedürfen.

Etwas Besseres haben im allgemeinen, wie ebenfalls Uffenheimer im Einklang mit früheren Beurteilern der Frage hervorhebt, die Milchküchen geleistet. Die Voraussetzung für ihre günstige Einwirkung ist freilich ihre Vereinigung mit einer Beratungsstelle für Säuglinge. Wird die Milchküche mit einer solchen Beratungsstelle gemeinsam betrieben, so veranlasst der wesentliche pekuniäre Vorteil der unentgeltlichen Kindernahrung die Mütter zu regelmässigem Besuch der Beratungsstelle. Es ist also auf diese Weise dem Arzt Gelegenheit geboten, die Kinder öfter zu kontrollieren und schon bei beginnenden Störungen einzugreifen.

Noch günstigere Resultate lassen sich, wie Vidal[2] letzthin berichtet hat, durch die Vereinigung von ambulatorischer Beratungsstelle und armenärztlicher Fürsorge in den Wohnungen erzielen. Vidal berichtet, dass man in Darmstadt dazu übergegangen ist, jeder unbemittelten Mutter sofort nach der Geburt eines Kindes eine besonders geschulte

[1] Uffenheimer: 2 Jahre offene Säuglingsfürsorge, Münchn. Med. Wochenschr. 1911, No. 6 und 7.

[2] Vidal: Wirksamste Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Münchn. Med. Wochenschr. 1911, No. 18.

Schwester ins Haus zu schicken. Diese Schwester versucht zunächst die Mutter zum Stillen zu veranlassen, weiter vermittelt sie den Besuch von Mutter und Kind in der ambulatorischen Beratungsstelle für Säuglinge und hat die Aufgabe, bei späterem Unterbleiben der regelmässigen Besuche diese wieder herbeizuführen. Auf diese Weise ist es in Darmstadt in den letzten Jahren gelungen, die Säuglingsmortalität von etwa 16 auf 9,3 % herunterzudrücken, trotzdem bisher nur etwa 1/4 aller Kinder im ersten Lebensjahr unter Kontrolle gebracht werden konnte.

Zieht man das Fazit der neueren Bestrebungen im Kampfe gegen das Kindersterben, so ergibt sich mit immer grösserer Klarheit: Das meiste lässt sich erreichen, wenn man unter fachärztlicher Leitung stehende, unentgeltlich in Anspruch zu nehmende Organisationen schafft, die teils in ambulatorischer Beratungstätigkeit, teils aber auch in prophylaktischer Fürsorge in den Wohnungen der armen Bevölkerung tätig sind. Genau im gleichen Sinn schienen die Erfahrungen zu sprechen, welche in der Tübinger Poliklinik bezüglich der Frage der Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahren gemacht wurden und ich bin deshalb der Aufforderung von Herrn Prof. Otfried Müller gefolgt und habe das Material unserer Poliklinik nach dieser Richtung hin einer eingehenden Durchsicht unterzogen. Dabei hat sich folgendes ergeben:

Bis zum Jahre 1906 bestand in der Poliklinik keine besondere Säuglingsfürsorge. Anfang des Jahres 1907 wurde seitens des K. Ministeriums eine ambulatorische Beratungsstelle für Säuglinge in der Poliklinik errichtet. Diese Beratungsstelle hatte im Kalenderjahre 1907 88, 1908 112, 1909 138 und 1910 142 Zugänge. Sie wuchs also in den 4 Jahren ihres Bestehens um ca. 61 %. Die Ursache dieses relativ langsamen Wachstums ist darin zu suchen, dass den Besuchern der Beratungsstelle keinerlei materielle Vorteile gewährt werden konnten. Weder Stillprämien noch eine Milchküche spornten die Mütter zur Wiederkehr in die Beratungsstelle an.

Ungleich stärker liess sich die Säuglingsfrequenz im Distrikte der Poliklinik steigern. Während in den Jahren 1900—1906 durchschnittlich nur 79 Säuglinge jährlich in Tübingen und Lustnau in poliklinische Distriktsbehandlung kamen, ist diese Zahl im Jahre 1910 auf 204 gestiegen und das Jahr 1911 lässt schon nach dem jetzigen Stand der Dinge eine noch viel weiter gehende, wesentliche Steigerung erwarten. Während also das Anwachsen der ambulatorischen Beratungsstelle in den Jahren 1907—1910 nur etwa 61 %

betragen hatte, ergab sich in der gleichen Zeit für den Distrikt eine Zunahme von fast 300 %. Das ungleiche Wachstum der beiden in der Poliklinik vereinigten Institutionen entspricht den auch anderen Ortes gemachten Erfahrungen. Für die Säuglingsfürsorge und Behandlung ist eben die bezirksärztliche Tätigkeit in den Wohnungen der armen Bevölkerung der ambulatorischen weitaus überlegen. Es kommt dazu, dass in unserem besonderen Falle den in dem Bezirk behandelten Kindern resp. deren Eltern noch gewisse materielle Vorteile gewährt werden konnten, welche die ambulatorisch behandelten nicht genossen.

In unserer aus weiten Teilen des Landes stark frequentierten ambulatorischen Sprechstunde für Erwachsene besteht die Gepflogenheit, dass Patienten, welche nicht völlig unbemittelt sind, gewisse Beiträge in die Armenbüchse legen. Diese Einrichtung verfolgt unter anderem auch den Zweck, das Wiederkehren bemittelter Patienten in die poliklinische Sprechstunde zu verhüten und sie auf diese Weise nach Möglichkeit ihren Ortsärzten wieder zuzuführen. Das so eingegangene Geld wird dazu verwendet, bedürftigen Patienten des Bezirks Unterstützungen zukommen zu lassen. Diese in gemeinschaftlichen Sitzungen der poliklinischen Aerzte und Schwestern festgesetzten Unterstützungen bestehen grossenteils in der regelmässigen Darreichung von Milch. Die Eltern oder Pfleger junger Kinder werden dabei besonders bevorzugt. Unser poliklinischer Distrikt stellt sich also der Sache nach als eine Kombination einer Art Milchküche mit armenärztlicher Bezirkstätigkeit dar.

Dass es auf diesem Wege gelungen ist, die Säuglingsfrequenz im Bezirk in wenigen Jahren zu verdreifachen, wurde bereits oben erwähnt. Es ist aber in der gleichen Zeit auch möglich gewesen, durch die beschriebene Organisation die Sterblichkeit ganz ausserordentlich herabzumindern. Bei der Betrachtung der Sterblichkeitsverhältnisse ist vorweg folgender Punkt zu berücksichtigen: Vergleicht man die Mortalität am gleichen Ort, so muss man immer im Auge behalten, dass die Zahl der Zugänge der Poliklinik ausnahmslos aus kranken Kindern besteht, während bei der allgemeinen Statistik statt der Zugänge die Geburtenzahl figuriert, in welcher auch alle diejenigen Kinder einbegriffen sind, die während des ersten Lebensjahres überhaupt nicht erkranken. Man wird also bei einer Poliklinik a priori höhere Todesziffern erwarten müssen als bei der allgemeinen Zahl des gleichen Orts, wenn nicht besondere Umstände obwalten, welche diese statistische Ungunst der Verhältnisse wieder ausgleichen.

In den Jahren 1900—1906, d. h. also vor der Einrichtung besonderer Säuglingsfürsorge und vor der Abgabe von Milch, hatte die Mortalität der seitens der Poliklinik im Distrikte behandelten Säuglinge durchschnittlich ca. 19 % betragen und sich damit in der Tat über die allgemeinen für Tübingen geltenden Zahlen, die nach dem Statistischen Handbuch des Königreichs Württemberg z. B. im Jahre 1904 15,4 % betrugen, erhoben. In den Jahren 1907—1910, d. h. also nach der Einführung besonderer Säuglingsfürsorge und der Milchabgabe, sank dieser Durchschnitt bei dreifach wachsender Zugangsziffer von 19 auf 8,6 % und im Jahre 1910, einem wegen der tiefen Sommertemperaturen allerdings besonders günstigen Jahre, erreichte die Säuglingssterblichkeit im Distrikte unserer Poliklinik mit 5,88 % ihr Minimum. In diesem Jahre starben von 204 in Tübingen und Lustnau zur Bezirksbehandlung gelangten Säuglingen nur 12. Die bei diesen 204 Säuglingen behandelten 336 Krankheitsfälle verliefen in nur 3,63 % tödlich.

Von den 336 seitens der Poliklinik behandelten Krankheitsfällen waren 103 Erkrankungen der Atmungswege, 123 Ernährungsstörungen und 110 Leiden anderer Art. Die Ernährungsstörungen nahmen bei unserem Material keinen so breiten Platz ein wie an manchen anderen Orten. Infolge der auch im heissen Sommer eintretenden nächtlichen Abkühlung ist der Sommergipfel der Sterblichkeitskurve bei uns in ähnlicher Weise wie z. B. auch in München nicht sehr ausgesprochen. Dahingegen machen uns kapilläre Bronchitiden und schwere Pneumonien verhältnismässig viel zu schaffen.

Da man in Tübingen den grossen Vorteil besitzt, seine Patienten später wiederfinden zu können, so ist es mir möglich gewesen, festzustellen, ob die poliklinisch behandelten Kinder aus dem Jahrgang 1910 noch leben und ob sie de facto über das kritische erste Lebensjahr hinausgelangt sind. Dabei hat sich ergeben, dass wir in der Tat von 204 Säuglingen aus dem Jahrgang 1910 mit grösster Wahrscheinlichkeit 192 über den ersten Geburtstag werden hinweghelfen können. Einzelne sind, während dieses geschrieben wird, noch nicht ganz ein Jahr, doch erfreuen sie sich zurzeit voller Gesundheit und es besteht einstweilen kein Grund, warum sie dieses Alter nicht erreichen sollten. Nach der früheren, vor der Einführung besonderer Säuglingsfürsorge geltenden Durchschnittszahl wären von diesen 204 Säuglingen nicht 192, sondern nur 165 ein Jahr alt geworden. Es hat sich also auch hier in Tübingen eine ganz

erhebliche Reduktion der Säuglingssterblichkeit praktisch durchführen lassen, so dass von 100 kranken Kindern nicht mehr wie früher nur 81, sondern 92—94 das erste Lebensjahr erreichen, trotzdem wir in der sogenannten unteren Stadt Tübingens mit denkbar schlechten hygienischen Verhältnissen zu tun haben und trotzdem uns unter den Müttern noch immer einige besonders nachlässige und sogar böswillige Frauen zu schaffen machen.

Dabei hat sich gezeigt, dass das Geld keine so allein ausschlaggebende Rolle spielt, wie man vielfach anzunehmen geneigt ist. Die Poliklinik hatte bis zum Jahre 1907 einen fast um ein Drittel höheren Etat wie später, so dass z. B. im Jahre 1906 pro Kopf des im Distrikt behandelten Patienten (im Zweifelsfalle also auch des Säuglings) 23,5 ℳ zur Verfügung standen. Zu jener Zeit starben, wie bereits erwähnt, 19 % der behandelten Säuglinge. Infolge der Reduktion des Etats und der nach Errichtung der Beratungsstelle um 300 % ansteigenden Frequenz kamen im Jahre 1910 nur noch 4,3 ℳ auf den einzelnen im Distrikt behandelten poliklinischen Kranken (im Zweifelsfall also auch auf den Säugling). Dabei war die Sterblichkeit auf 5,88 % abgesunken. Es lässt sich also auch mit durchaus bescheidenen Mitteln etwas erreichen.

In der Würzburger und Jenaer Poliklinik, die sich nach ihren äusseren Verhältnissen mit der unseren noch am ehesten vergleichen lassen, starben im Jahre 1910 nach Mitteilung der Vorstände dieser Institute 16 resp. 15 % der in Distriktsbehandlung gelangten Kinder.

Fragt man nach den Ursachen der erzielten günstigen Resultate, so ergeben sich ähnliche Konsequenzen, wie sie Uffenheimer in München und vor allem Vidal in Darmstadt erhalten haben. Das wirksame Prinzip ist auch bei uns die unentgeltlich in Anspruch zu nehmende, unter sachkundiger Leitung stehende, mit einem reichlichen, grossenteils aus Praktikanten bestehenden Unterpersonal arbeitende Organisation, welche sich nicht nur auf beratende, ambulatorische Tätigkeit beschränkt, sondern vor allen Dingen auch im Bezirk in den Wohnungen der armen Leute selbst tätig ist. Dabei spielen sich die Dinge etwa in folgender Weise ab:

Die Poliklinik hat drei Diakonissinnen zu ihrer ausschliesslichen Verfügung. Diese sind in der kleinen Stadt hinreichend bekannt und geniessen deshalb, namentlich wenn sie länger an Ort und Stelle bleiben, weitgehendes Vertrauen seitens der Bevölkerung. Die Schwestern haben

nicht wie die in Darmstadt die Weisung, von selbst zu jedem neugeborenen armen Kind zu gehen, sie lassen sich vielmehr ausnahmslos rufen, sobald bei einem Kind eine Störung auftritt und veranlassen dann weiterhin, dass der Arzt (die Poliklinik hat 2 Assistenzärzte und 2 Assistenten bei 7700 ambulatorischen und ca. 2800 Distriktspatienten) zugezogen wird. Es erschien uns richtiger, dass die Bevölkerung die Schwester und namentlich den Arzt von sich aus ruft. De facto lässt sich auch, sobald die betreffende Institution das Vertrauen der Bevölkerung zu erwerben versteht, genau so viel erreichen, als wenn man, wie z. B. in Darmstadt, spontan kommt. So sahen wir, trotzdem wir uns jedesmal bitten lassen, im letzten Jahre ein Drittel aller Neugeborenen in Tübingen, während die Darmstädter, welche spontan kommen, nur ein Viertel der Kinder zu Gesicht bekamen.

Die selbstverständliche Folge wachsender Popularität einer derartigen Institution ist die, dass sich die Tätigkeit von der Therapie vorhandener schwerer Störungen mehr ins Gebiet der Unterdrückung leichter Affektionen verschiebt, dass sie mit anderen Worten in der Richtung auf die Prophylaxe fortschreitet. Wenn wir bisher in Tübingen auch noch keine Ueberwachung der gesunden Säuglinge haben, wenn wir uns vielmehr bis jetzt noch ausnahmslos zu kranken Kindern rufen lassen, so ist doch bereits ausserordentlich merkbar, dass die früher beobachteten schweren Ernährungsstörungen viel seltener zu Gesicht kommen. Sie werden im ersten Keime erstickt und darum eben lassen sich wirklich günstige therapeutische Resultate erzielen.

Wenn ein Drittel aller Säuglinge Tübingens, d. h. im Zweifelsfalle der grösste Teil der überhaupt im ersten Lebensjahre erkrankten Kinder in der Weise versorgt und behandelt wird, dass von ihnen nur 5,88 % sterben, so muss sich diese Tatsache natürlich auch in der allgemeinen Mortalitätsziffer aussprechen. Das ist auch in der Tat der Fall, nur begegnet man bei der Berechnung der allgemeinen Mortalitätsziffer Tübingens einer gewissen Schwierigkeit. Die weitaus grösste Zahl aller in Tübingen geborenen Kinder erblickt das Licht der Welt in der Frauenklinik. Die dort geborenen Kinder stammen zum allergrössten Teil nicht aus Tübingen und verlassen diesen Ort schon in den ersten Wochen ihres Lebens wieder. Erkranken und sterben sie im Laufe ihres ersten Lebensjahres, so geschieht das an anderen Orten und kommt in der Tübinger Sterbeziffer nicht zum Ausdruck. Die Säuglingsmortalität wird deshalb

nicht ganz richtig berechnet, wenn man bei der Geburtenzahl die der Frauenklinik mit ansetzt und nun diese sehr grosse Zahl in Relation stellt zu den in der Stadt Tübingen im ersten Lebensjahr verstorbenen Kindern. Rechnet man in dieser Weise, so erhält man

für das Jahr 1908 . . . 12 %
für das Jahr 1909 . . . 9,8 %
und für das Jahr 1910 gar nur 6,6 %

als allgemeine Zahl für die Säuglingssterblichkeit Tübingens.

Geht man den anderen Weg, dass man bei der Feststellung der Geburtenzahl die Frauenklinik ganz aus dem Spiel lässt, dass man also nur die in der Stadt geborenen Kinder ansetzt und diese in Relation bringt zu den dort während des ersten Lebensjahres verstorbenen Kindern, so ergibt sich andererseits wieder eine zu hohe Zahl, denn selbstverständlich werden auch Kinder aus Tübingen in der Frauenklinik geboren, kehren dann bald ins Elternhaus zurück und sterben eventuell in der Stadt. Geht man diesen zweiten Weg, so erhält man für das Jahr

1908 . . . . . 16,56 %
1909 . . . . . 16,81 %
1910 . . . . . 10,89 % Mortalität.

Die wirkliche Zahl der in Tübingen im ersten Lebensjahre verstorbenen Kinder muss mithin in der Mitte zwischen den angegebenen Werten liegen und betrug für das Jahr 1910, wenn man die Geburten und Todesfälle der Frauenklinik für die in Tübingen beheimateten Kinder gesondert berechnet und zu denen der Stadt hinzuzählt, im Jahre 1910 9,92 %.

In der Tat macht sich also die seitens der Poliklinik eingerichtete Säuglingsfürsorge und Behandlung in der allgemeinen Sterbeziffer Tübingens sehr deutlich bemerkbar, und man kann deshalb nicht sagen, die Mortalitätsziffer der Poliklinik sei nur für sich allein heruntergegangen, weil heute mehr und vor allen Dingen leichter kranke Säuglinge in Behandlung kommen als früher. Das gleiche ergibt sich auch aus der Betrachtung der absoluten Todesziffer. So starben z. B. vor Einrichtung der Säuglingsfürsorge im Jahre 1906 18 Kinder im gesamten Distrikt der Poliklinik (Tübingen und Lustnau bei 56 Zugängen), im Jahre 1910 aber starben nur 12 Kinder (bei 204 Zugängen).

Nun könnte man vielleicht sagen, die Jahre 1907—1910 seien wegen ihrer klimatischen Verhältnisse für unsere Gegend besonders günstig gewesen und demgemäss und infolge steigenden Wohlstandes und steigender Kultur wäre die Sterblichkeit auch ohne besondere Säuglingsfürsorge ge-

sunken. Es ist daher angebracht, die Verhältnisse in einigen nahe gelegenen, unter den gleichen klimatischen und sozialen Bedingungen lebenden Gemeinden zu studieren. Ich habe das in drei Dörfern unserer Umgegend getan, von denen zwei (Pfrondorf und Hagelloch) etwa eine Wegstunde von Tübingen entfernt sind, das dritte (Derendingen) in etwa 20 Minuten von Tübingen erreichbar ist. Da hat sich nun folgendes ergeben: In Hagelloch, einem Dorf mit 761 Einwohnern, war die Säuglingssterblichkeit schon seit längerer Zeit verhältnismässig gering. Nach den Akten des dortigen Schultheissenamts betrug sie im Durchschnitt der Jahre 1900 bis 1906 16,75 %, im Durchschnitt der Jahre 1907—1910 verminderte sie sich auf 15,35 %. In Pfrondorf, einem Dorfe mit 1079 Einwohnern betrug sie im Durchschnitt der Jahre 1900—1906 24,8 % und hier trat in der Tat im Durchschnitt der Jahre 1907—1910 die wesentliche Reduktion auf 14,5 % ein. Ebenso verminderte sich die Säuglingssterblichkeit in dem nahe gelegenen Derendingen, das 1440 Einwohner hat, während der angegebenen Zeiträume von 17,14 % auf 11,67 %. Es ist mithin wohl auch eine spontane Neigung zur Reduktion der Säuglingssterblichkeit in unserer näheren Umgebung während der letzten Jahre nicht zu verkennen, und diese hat selbstverständlich dazu beigetragen, die Wirksamkeit unserer Säuglingsfürsorge zu steigern. Immerhin sind aber an keinem dieser Orte die allgemeinen Zahlen der Säuglingssterblichkeit bis auf den niederen Durchschnittswert von 8,6 %, den wir für unsere kranken Kinder in Tübingen und Lustnau erhalten haben, gesunken. Es kommt dazu, dass unsere ambulatorische Beratungsstelle nicht ganz selten auch von Derendinger und Pfrondorfer Kindern in Anspruch genommen wird, und dass die genannten beiden Gemeinden häufiger von Tübinger Aerzten aufgesucht werden, so dass diese Orte günstiger dastehen, als die entfernter liegenden unseres Oberamts nud Kreises, der ja noch immer die oben erwähnten hohen allgemeinen Zahlen aufweist.

Fasse ich die in vierjähriger Fürsorgetätigkeit seitens der Tübinger Poliklinik gewonnenen Erfahrungen noch einmal kurz zusammen, so lässt sich folgendes sagen: Die armenärztliche Bezirkstätigkeit im Verein mit der Gewährung materieller Vorteile (nach Art einer primitiven Milchküche) hat sich hier wie überall der einfachen ambulatorischen Beratungstätigkeit weitaus überlegen gezeigt. Durch sie allein ist es möglich gewesen, etwa ein Drittel aller im ersten Lebensjahre befindlichen Kinder Tübingens in rechtzeitige Behand-

lung und Pflege zu bekommen. Dabei hat sich eine Reduktion der Säuglingssterblichkeit bis auf 5,88 % der im Jahre 1910 behandelten Kinder durchführen lassen und so ist es auch gelungen, die allgemeine Sterbeziffer für Tübingen bis auf 9,92 % herunterzudrücken.

Es wäre dringend zu wünschen, dass ähnlich günstige Resultate in grösserem Massstab erzielt würden. Vielleicht kann man diesem Ziele näher kommen, wenn man zunächst einmal die in vielen grösseren Gemeinden auf dem Lande heutzutage angestellten Krankenschwestern und eventuell auch die Hebammen in regelmässig wiederkehrenden Zwischenräumen zu Unterrichtskursen in Sachen der Säuglingsfürsorge einberuft. So könnte vielleicht doch noch mehr als bisher auf die Mütter eingewirkt werden, dass sie nach Möglichkeit stillen. Auch könnte man einen besseren Einfluss auf Zusammensetzung und Menge der etwa notwendig werdenden künstlichen Nahrung gewinnen. Vor allem aber müsste dieses im Dienste der Säuglingsfürsorge ausgebildete Unterpersonal dafür Sorge tragen, dass schon geringfügige Ernährungsstörungen in rechtzeitige ärztliche Behandlung kommen. Ist solche Behandlung wegen der Armut der Eltern nicht angängig, so wäre es eine dankbare Aufgabe für entsprechende Vereine, die daraus erwachsenden Unkosten zu übernehmen. Besteht in der Umgebung, wie z. B. hier in Tübingen, eine Beratungsstelle, so könnten die unbemittelten Kinder auch dieser zugeführt werden.

Das Menschenmaterial, das sich durch geordnete allgemeine Säuglingsfürsorge erhalten liesse, ist bei uns in Deutschland ausserordentlich gross; es übertrifft weitaus dasjenige, was durch die Tuberkulosefürsorge gerettet werden kann, für welche ungleich grössere Summen aufgewendet werden. Gelänge es die Säuglingssterblichkeit in ganz Deutschland auch nur auf 9 % herunterzudrücken, so würden, wie Vidal jüngst berechnet hat, jährlich 130000 Menschenleben gerettet werden können; das ist eine Zahl, die dem Rekrutenkontingent einer Grossmacht entspricht und auch für die Wehrkraft immer noch ansehnlich genug bleibt, wenn nur etwa die Hälfte davon männlichen Geschlechts ist.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Bulach, wurde am 15. Mai 1886 in Undingen, OA. Reutlingen, geboren. Ich besuchte zuerst die Volksschule und die Lateinschule in Pfullingen, dann das Gymnasium in Reutlingen bis zur Reifeprüfung im Jahre 1904. Im Herbst 1904 bezog ich die Universität und widmete mich dem Studium der Forstwissenschaft, gleichzeitig diente ich bis zum Herbst 1905 mein Militärjahr ab. Vom Frühjahr 1906 ab studierte ich Medizin. Im Frühjahr 1908 bestand ich die ärztliche Vorprüfung. Daraufhin studierte ich 1 Semester in Kiel, 2 Semester in Berlin und 2 Semester in Tübingen, wo ich im Winter 1910/11 das Staatsexamen bestand. Seit 15. Februar 1911 bin ich Medizinalpraktikant an der Poliklinik zu Tübingen.

Druck von Carl Grüninger, Stuttgart.